

اخلاق پوهک



قطب نماي مسير اخلاق و تربيت

بسم الله الرحمن الرحيم

يَا دَلِيلَ مَنْ لَا دَلِيلَ لَهُ

اخلاق بهک

قطب‌نمای مسیر اخلاق و تربیت

آسیب‌درستی

این اثر با همکاری مشترک مرکز مشاوره اسلامی سماح حوزه‌های علمیه و مؤسسه آموزش عالی اخلاق و تربیت تدوین شده است.

سرشناسه: فرهوش، محمد، ۱۳۶۱-

عنوان و نام پدیدار: امید درمانی با رویکرد اسلامی / محمد فرهوش، احمد انتصاری؛ با همکاری مرکز

مشاوره اسلامی سماح حوزه‌های علمیه.

مشخصات نشر: قم: مؤسسه فرهنگی هنری اخلاق و تربیت نبوی قم، انتشارات اخلاق و تربیت، ۱۴۰۱.

مشخصات ظاهری: ۲۰۴ ص؛ ۵/۱۴×۲۱/۵ س.م.

شابک: ۵ - ۹ - ۹۴۰۳۴ - ۶۲۲ - ۹۷۸

وضعیت فهرست‌نویسی: فیپا

یادداشت: کتابنامه: ص. ۲۰۴-۱۹۳.

موضوع: امید - جنبه‌های مذهبی - اسلام

Hope - Religious aspects - Islam

موضوع: امید - جنبه‌های روان‌شناسی

Hope - Psychological aspects

موضوع: امید - جنبه‌های قرآنی

Hope - Qur'anic teaching

موضوع: روان‌شناسی مثبت‌گرا

Positive psychology

شناسه افزوده: انتصاری، احمد، ۱۳۶۷-

شناسه افزوده: مرکز مشاوره اسلامی سماح

رده‌بندی کنگره: BP۲۵۰/۷

رده‌بندی دیویی: ۲۹۷/۶۳۲

شماره کتابشناسی ملی: ۸۹۰۲۲۰۹

امید درمانی با رویکرد اسلامی

نویسنده: محمد فرهوش - احمد انتصاری

ناشر: انتشارات اخلاق و تربیت

شابک: ۵ - ۹ - ۹۴۰۳۴ - ۶۲۲ - ۹۷۸

نوبت چاپ: اول، ۱۴۰۱

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

صفحه آرا: حسین سپهری فرد

همه حقوق برای ناشر محفوظ است.

شماره مسلسل انتشار: ۹

شماره مسلسل چاپ اول: ۹

آدرس: قم، بلوار شهید صدوقی، خیابان شهید

شهبازی، پلاک ۱۳

تلفن:

۷۷۲۷ ۱۱۸ ۰۹۹۴*۰۷۸۳۲۹۳۵ - داخلی ۱۶۳



انتشارات اخلاق و تربیت
وابسته به مؤسسه فرهنگی هنری اخلاق و تربیت نبوی قم

طراح جلد: سید محمد باقر داودی

شورای کارشناسی:

محمود حسینی‌نژاد، مرتضی عزیزی و عباس شاکری

مرکز اصلی پخش:

قم، خ شهدا (صفائییه)، کوچه ۳۷، پ ۱۶، مرکز

مشاوره اسلامی سماح حوزه‌های علمیه

تلفن مرکز پخش:

۰۹۹۳۲۱۰۵۸۳۵

WWW.SAMAH.IR

مرکز مشاوره اسلامی سماح حوزه‌های علمیه

آماده همکاری و عقد قرارداد با مجموعه‌های علمی و فرهنگی جهت تولید محتوا در

قالب کتاب، جزوه، بروشور، فلش کارت، بسته‌های آموزشی فرهنگی و ... در

موضوعات متنوع، از قبیل: خانواده، ازدواج، کودک، نوجوان و جوان، مهارت‌های زندگی،

سبک زندگی، آسیب‌ها و درمان‌های روان‌شناختی و ...

PAJOOHESH@SAMAH.IR

@PAJOOHESH_SAMAH

راه ارتباطی (تماس، پیامک، ای‌تا): ۰۹۹۳۲۱۰۵۸۳۵



اخلاق پوهک



قطب‌نمای مسیر اخلاق و تربیت

امید درمانی

بارویکرد اسلامی

تابستان ۱۴۰۱

محمد فره‌وش - احمد انتصاری

تقديم به:

ساحت مقدس پیامبر رحمت، والاترين گوهر خلقت ﷺ ؛
به قائد الغر المحجلين، مولى الموحدين و امير المؤمنين ﷺ ؛
به همسر مظلومه اش صديقه كبرى ﷺ و سلاله طاهرينش به
ويژه مصباح هدايت و كشتى نجات بشريت، سيدالشهدا ﷺ و
قطب عالم امكان حضرت بقية الله الاعظم ﷺ .

فهرست مطالب

پیش‌گفتار..... ۹

مقدمه

بیماری‌های مزمن و امید..... ۱۱
تاریخچه امیددرمانی..... ۱۳
مفهوم‌شناسی امید..... ۱۴
برنامه امیددرمانی کلاسیک..... ۱۵
ضرورت تهیه یا ساخت بسته امیددرمانی اسلامی..... ۱۶
اصول کلی در اجرای بسته امیددرمانی..... ۱۹

جلسه نخست

ایجاد رابطه درمانی و ارزیابی

شرح جلسه نخست..... ۲۸
تعیین و توجیه هدف‌ها..... ۲۸
راهبردهای هر هدف..... ۲۸
ارائه تمرین در جلسه درمانی..... ۴۰
ارائه تکلیف و کار در خانه..... ۴۳

جلسه دوم

شناخت هدف زندگی و گرایش به آن

۴۸	شرح جلسه دوم.....
۴۸	مرور هدف زندگی با خواندن آیه‌ای از قرآن.....
۴۹	تعیین و توجیه هدف‌ها.....
۴۹	راهبردهای هر هدف.....
۵۹	ارائه تمرین در جلسه درمانی.....
۵۹	ارائه تکلیف و کار در خانه.....

جلسه سوم

هدف‌گذاری و مهارت‌های آن

۶۴	شرح جلسه سوم.....
۶۴	مرور هدف زندگی با خواندن آیه‌ای از قرآن.....
۶۵	تعیین و توجیه هدف‌ها.....
۶۶	راهبردهای هر هدف.....
۷۸	ارائه تمرین در جلسه درمانی.....
۸۰	ارائه تکلیف و کار در خانه.....

جلسه چهارم

انگیزش و اهمیت آن

۸۴	شرح جلسه چهارم.....
۸۴	مرور هدف زندگی با خواندن آیه‌ای از قرآن.....
۸۵	تعیین و توجیه هدف‌ها.....
۸۵	راهبردهای هر هدف.....
۸۹	ارائه تمرین در جلسه درمانی.....
۸۹	ارائه تکلیف و کار در خانه.....

جلسه پنجم

مهارت‌های خودانگیزشی

۹۴	شرح جلسه پنجم.....
----	--------------------



- مرور هدف زندگی با خواندن آیه‌ای از قرآن..... ۹۴
- تعیین و توجیه هدف‌ها..... ۹۴
- راهبردهای هر هدف..... ۹۵
- ارائه تمرین در جلسه درمانی ۱۰۶
- ارائه تکلیف و کار در خانه..... ۱۰۶

جلسه ششم

تدبیر و مسیریابی (انتخاب مسیر مناسب)

- شرح جلسه ششم..... ۱۱۲
- مرور هدف زندگی با خواندن آیه‌ای از قرآن..... ۱۱۲
- تعیین و توجیه هدف‌ها..... ۱۱۲
- راهبردهای هر هدف..... ۱۱۳
- ارائه تمرین در جلسه درمانی ۱۲۵
- ارائه تکلیف و کار در خانه..... ۱۲۵

جلسه هفتم

تلاش و مقابله با مانع‌ها

- شرح جلسه هفتم..... ۱۳۲
- مرور هدف زندگی با خواندن آیه‌ای از قرآن..... ۱۳۲
- تعیین و توجیه هدف‌ها..... ۱۳۲
- راهبردهای هر هدف..... ۱۳۲
- ارائه تمرین در جلسه درمانی ۱۴۳
- ارائه تکلیف و کار در خانه..... ۱۴۴

جلسه هشتم

توکل و جمع‌بندی

- شرح جلسه هشتم..... ۱۴۸
- مرور هدف زندگی با خواندن آیه‌ای از قرآن..... ۱۴۸
- تعیین و توجیه هدف‌ها..... ۱۴۸

۱۴۹ راهبردهای هر هدف

۱۵۸ ارائه تمرین در جلسه درمانی

پیوست‌ها

۱۶۱ پیوست ۱- پرسش‌نامه امید با رویکرد اسلامی

۱۶۲ پرسش‌نامه اولیه امید با رویکرد اسلامی

۱۶۶ پیوست ۲- روند پژوهشی این اثر

۱۶۶ چگونگی تدوین سازه مثبت با رویکرد اسلامی

۱۶۹ سازه‌های مثبت در روان‌شناسی مثبت‌گرا

۱۷۱ امید و جایگاه آن در آموزه‌های اسلامی

۱۷۲ تفاوت‌های امید در روان‌شناسی مثبت‌گرا با امید در روان‌شناسی اسلامی

۱۷۶ پیشینه علمی در گستره امید با رویکرد اسلامی

۱۷۸ تفاوت سازه امید با رویکرد اسلامی و امید با رویکرد کلاسیک

۱۷۸ روش پژوهش

۱۷۹ سازه امید با رویکرد اسلامی

۱۸۰ مؤلفه‌های حذف شده

۱۸۱ پرسش‌نامه امید

۱۸۳ بسته آموزشی امید کلاسیک

۱۸۴ بسته‌های آموزشی امید با رویکرد اسلامی

۱۸۷ بسته امید درمانی ارائه شده با رویکرد اسلامی

۱۸۸ اثربخشی بسته آموزشی امید با رویکرد اسلامی

۱۹۲ کتابنامه



پیش‌گفتار

پیش‌بینی می‌شود که در آینده نزدیک، با افزایش سن جامعه ایران اسلامی، بیماری‌های مزمن شایع شوند؛ با این توضیح که در این دسته از بیماران، نوعی حزن و اندوه در ارتباط با گذشته، و نیز ناامیدی و نگرانی در ارتباط با آینده مشاهده می‌شود؛ این گروه از افراد با مشکل‌ها و محدودیت‌های زیادی روبه‌رو هستند و به واسطه این محدودیت‌ها، احساس می‌کنند که بر زندگی خویش کنترلی ندارند؛ از این رو، به احساس ناامیدی دچار می‌شوند.

در چنین شرایطی، مراقبت‌های روان‌شناختی و معنوی در کنار خدمات بهداشتی برای بیماری‌های مزمن مطرح است. از آنجاکه بسیاری از مشاوران، روان‌شناسان و روحانیان، به دنبال حمایت روان‌شناختی از افراد و توانمندسازی آنان در رویارویی با بیماری‌های مزمن هستند، بر این اساس، با هدف حمایت از خدمات حرفه‌ای این دسته از افراد، کتاب «*امید درمانی با رویکرد اسلامی*» تألیف شد. گفتنی است، این کتاب راهنما، برای درمان گروهی تدوین شده، اما می‌تواند در درمان فردی نیز به کار رود.

در اینجا بر خود لازم می‌دانیم از اساتید گرامی، حجت الاسلام دکتر جهانگیرزاده، حجت الاسلام دکتر جعفر هشیاری، حجت الاسلام امیری و حجت الاسلام دکتر صالحی، به دلیل راهنمایی‌ها و حمایت‌های خوبشان، تشکر و قدردانی کنیم.

معاونت پژوهش

مؤسسه آموزش عالی اخلاق و تربیت



مقدمه

بیماری‌های مزمن و امید

امروزه بیماری‌های مزمن، همچون بیماری‌های قلبی و دیابت، بسیار شایع شده‌اند؛ بیماری‌های مزمن، ناتوان‌کننده هستند و عارضه‌های روان‌شناختی زیادی، همچون خستگی بیش‌ازاندازه و افسردگی دارند؛^۱ بی‌حالی و بی‌حوصلگی در بیماری‌های مزمن رایج است و خلق منفی را در بیماران تقویت می‌کند؛^۲ خلق منفی باعث افزایش تحریک‌پذیری بیماران می‌شود و در نتیجه، به آسانی به خشم و پرخاشگری روی آورده^۳ و در رابطه‌های میان‌فردی به مشکل‌هایی دچار می‌شوند.^۴ همچنین منفی‌نگری و ناامیدی در میان این گروه از بیماران، شایع، و رضایت از زندگی این دست از افراد پایین است و معمولاً در ارتباط با گذشته‌هایشان حسرت می‌خورند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناامیدی و احساس ناتوانی،

-
1. Huffman J.C.; Legler S.R.; Boehm J.K. (2017), «Positive psychological well-being and health in patients with heart disease: a brief review».
 2. Carney R.M.; Freedland K.E. (2017), «Depression and coronary heart disease».
 3. De Heer E.W.; Palacios J.E.; Adèr H.J.; Van Marwijk H.W.; Tylee A.; Van der Feltz-Cornelis C.M. (2020), «Chest pain, depression and anxiety in coronary heart disease: Consequence or cause? A prospective clinical study in primary care».
 4. Ng C.; Mohamed S.; See M.; Harun F.; Sulaiman A.; Zainal N.; et al. (2016), «Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: A 1-year prospective study».

از مهم‌ترین مانع‌های توان‌بخشی به افراد دچار بیماری‌های مزمن است.^۱ منفی‌نگری و ناامیدی تأثیر منفی بر درمان می‌گذارد و به مشکل‌های بیماران شدت می‌بخشد.^۲ ناامیدی و عزت‌نفس پایین موجب می‌شود که فرد احساس کند که بر سلامتی خود کنترل ندارد و در نتیجه، انگیزه فرد برای عمل به توصیه‌های پزشکی، مانند تغذیه مناسب و ورزش، کاهش یافته، بنابراین طول مدت بیماری افزایش می‌یابد.^۳

یکی از مهم‌ترین سازه‌های مثبت، امید است.^۴ امید تأثیر قابل‌توجهی بر بهبود انگیزه و رفتار افراد دارد^۵ و باعث افزایش سازگاری فرد با شرایط می‌شود. پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که امید موجب افزایش عزت‌نفس می‌شود؛^۶ بنابراین امید منبع مهمی برای مقابله با بیماری‌های مزمن است.

سیاری از بیماران در غلبه بر مانع‌ها برای رسیدن به هدف‌هایشان مشکل دارند و در نتیجه، هیجان‌های منفی بیشتری را تجربه می‌کنند. در تبیین تأثیرهای امید درمانی بر افزایش شادکامی، می‌توان گفت که امید درمانی با تقویت مهارت

1. Vaccarino V.; Badimon L.; Bremner J.D.; Cenko E.; Cubedo J.; Dorobantu M.; et al. (2019), «Depression and coronary heart disease: 2018 ESC position paper of the working group of coronary pathophysiology and microcirculation developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines».

۲. فرخ‌نژاد افشار، پویا و همکاران (۱۳۹۸)، «اضطراب و افسردگی بیمارستانی در سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن قلبی».

3. Zou H.; Tian Q.; Chen Y.; Cheng C.; Fan X. (2017), «Coping styles mediate the relationship between self-esteem, health locus of control and health-promoting behavior in Chinese patients with coronary heart disease».

4. Babakhanian M.; Zarghami M. (2017), «Letter to Editor: Effectiveness of Hope Therapy Protocol on Depression and Hope in Amphetamine Users».

5. Jason L.A.S.E.; Light J.M. (2016), «The relationship of sense of community and trust to hope».

6. Mahmoudi H.; Khoshakhlagh H. (2018), «The effectiveness of positive psychotherapy on psychological well-being and self-esteem among adolescents with depression disorder».



هدف‌گذاری و تعیین هدف‌های شفاف، منطقی و قابل اندازه‌گیری، احساس پیشرفت را افزایش می‌دهد. همچنین به افراد کمک می‌کند که راهکارها و مسیرهای متعددی را برای دستیابی به هدف در نظر بگیرند، انگیزه خویش را حفظ کنند، و در نتیجه، موفقیت‌های بیشتری را تجربه کنند.^۱

با توجه به این شواهد، یکی از مهم‌ترین مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا - که برای بیماری‌های مزمن به کار می‌رود - امیددرمانی است.^۲ تمرکز روان‌درمانی‌های سنتی بر کاهش نشانگان و کاهش آسیب‌ها مبتنی بود، درحالی‌که روان‌شناسی مثبت‌گرا بر بهبود توانایی‌ها و رشد شخصی تأکید می‌کند.^۳ امید فرایندی است که در آن، فرد، هدف مناسبی را تعیین و آن را پیگیری می‌کند.^۴ امید موجب یافتن مسیرهای مطلوب برای دستیابی به هدف‌ها، و نیز سبب برانگیخته شدن برای استفاده از این راه‌ها است.^۵

تاریخچه امیددرمانی

امید از دیرباز مورد توجه روان‌شناسان بوده است؛ برای نمونه، اریکسون^۶ در مرحله نخست رشد، «حل مثبت تعارض اعتماد در برابر بی‌اعتمادی» را موجب شکل‌گیری نیروی بنیادی امید می‌داند؛ در نتیجه، کودک به دنیا

۱. بهرامیان، جاسم و همکاران (۱۳۹۳)، «تأثیر امیددرمانی به شیوه گروهی بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس».

2. KhalediSardashti F.; Ghazavi Z.; Keshani F.; Smaeilzadeh M. (2018), «Effect of hope therapy on the mood status of patients with diabetes».

3. Niemiec R.M.; Shogren K.A.; Wehmeyer M.L. (2017), «Character strengths and intellectual and developmental disability: A strengths-based approach from positive psychology».

4. Feldman D.B.; Kubota M. (2015), «Hope, self-efficacy, optimism and academic achievement: Distinguishing constructs and levels of specificity in predicting college grade-point average».

5. Du H.; Bernardo A.B.; Yeung S.S. (2015), «Locus-of-hope and life satisfaction: The mediating roles of personal self-esteem and relational self-esteem».

6. Erikson.

اعتماد می‌کند و انتظار دارد که دنیا خوب و خشنودکننده باشد.^۱ روان‌شناسان در اواخر دهه ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۰م، امید را در قالب «انتظارهای مثبت برای دستیابی به هدف» مطالعه می‌کردند.^۲ پژوهش‌ها نشان داده که امید در رویارویی با سختی‌ها و مشکل‌ها، از افراد محافظت می‌کند.^۳ با توجه به اهمیت امید، اسنایدر،^۴ مقیاس و مداخله‌ای برای امید طراحی کرد که از آن در بسیاری از پژوهش‌ها استفاده شد.^۵ اسنایدر امید را مجموعه‌ای ذهنی می‌داند که بر رابطه متقابل اراده و برنامه‌ریزی، برای رسیدن به هدف، مبتنی است.^۶

مفهوم‌شناسی امید

واژه «امید» به معنای انتظار امری محتمل‌الوقوع است و واژه «ناامید» به معنای مأیوس است.^۷ «آرزو»، امید به همراه بُعدی خیال‌انگیز است. زمانی که احتمال وقوع امر مطلوب زیاد است، از واژه «امید»، و زمانی که احتمال وقوع امر مطلوب، کم، و فرد به شدت مشتاق آن است، از واژه «آرزو» استفاده می‌شود. معادل انگلیسی امید، واژه «hope» است. «hope» احساس آدمی است در هنگامی که دوست دارد امری اتفاق بیفتد یا حقیقت داشته باشد و آن امر را ممکن می‌داند. معادل عربی امید، واژه «رجاء» است؛ «رجاء»، انتظار امر محبوبی است که بیشتر اسباب آن محقق شده باشد. امید در اصطلاح علم اخلاق، احساس راحتی قلب به دلیل انتظار تحقق امری خوشایند است، در صورتی که بیشتر اسباب آن امر

۱. برک، لورا (۱۳۹۳)، *روان‌شناسی رشد*، ص ۱۲۳.

۲. بهاری، فرشاد (۱۳۹۳)، *مبانی امید و امیددرمانی (راهنمای امیدآفرینی)*، ص ۷۳.

3. Aspinwall L.G.; Tedeschi R.G. (2010), «The value of positive psychology for health psychology: Progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health».

4. Snyder.

5. Snyder C.R. (2000), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*.

6. Tomasulo D.J. (2019), «A Happier Balance: Positive Interventions for Intentional Well-Being in Psychotherapy».

۷. فرهنگ دهخدا.



محبوب، محقق شده باشد.^۱ برخی، همچون ادواردز^۲، معتقدند که امید، ساختاری تک‌بُعدی است و آن، توقع دست یافتن به هدف‌ها است؛^۳ اما اسنایدر^۴ و همکارانش نشان دادند که ساختار امید سه مؤلفه را شامل می‌شود: «هدف‌گذاری (فرد هدف‌های مناسبی را تعیین کند)»، «راهیابی^۵ (فرد راهکارهای مناسبی برای دستیابی به آن هدف‌ها بیابد)» و «عاملیت^۶ (فرد انگیزه لازم برای حرکت به سوی هدف را ایجاد و حفظ کند)». این سه مؤلفه بر یکدیگر اثر متقابل دارند. تعیین هدف‌های مهم، به افزایش انگیزه، منجر، و انگیزه، موجب مسیریابی می‌شود.^۸

برنامه امیددرمانی کلاسیک

امیددرمانی، یک برنامه درمانی است که بر اساس «نظریه امید» اسنایدر، به منظور افزایش اندیشیدن امیدوارانه و تقویت فعالیت‌های مرتبط با پیگیری هدف، طراحی شده است.^۹ امیددرمانی از فنون درمان شناختی-رفتاری، درمان مسئله‌مدار و روایت‌درمانی استفاده می‌کند.^{۱۰}

۱. نراقی، احمد (۱۳۷۸)، *معراج السعاده*، ص ۱۲۶.

2. Edwards.

3. Edwards L.M.; Hope In S.J. Lopez (Ed) (2009), «The encyclopedia of positive psychology».

4. Snyder.

5. Pathway Thinking.

6. Agency Thinking.

7. Snyder C.R.; Ilardi S.S.; Cheavens J.; Michael S.T.; Yamhure L.; Sympson S. (2000), «The role of hope in cognitive-behavior therapies».

8. Parcham A.; Mohagheghian Z. (2011), «Comparative study of ways to create and increase hope from the perspective of positivist psychology and the Holy Qur'an».

9. Cheavens J.S.; Feldman D.B.; Woodward J.T.; Snyder C. (2006), «Hope in cognitive psychotherapies: On working with client strengths».

10. Yousefi A.; Rafinia P.; Sabahi P. (2016), «The Effectiveness of hope therapy on quality of life in wives of veterans with post traumatic stress disorder».

امیددرمانی در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی شده است. افراد با چگونگی کاربست مؤلفه‌های امید در زندگی خودشان آشنا می‌شوند و در ضمن تکلیف‌های خانگی آن مؤلفه‌ها را تمرین می‌کنند. مفاد هشت جلسه عبارت است از:

۱. آشنایی شرکت‌کنندگان با درمانگر، و ایجاد رابطه درمانی و آشنایی با چرخه ناامیدی؛
۲. آشنایی با چرخه امید؛
۳. آموزش مهارت هدف‌گذاری و تعیین هدف‌های معنادار، شفاف، منطقی، قابل دسترس و قابل اندازه‌گیری؛
۴. آموزش مهارت تدبیر و مسیریابی (شرکت‌کنندگان چند مسیر را برای حرکت به سوی هدف‌ها ایجاد می‌کنند)؛
۵. آموزش مهارت خودانگیزی، آشنایی با منابع‌های انگیزشی و پیشگیری از کاهش انگیزه؛
۶. تقویت احساس هدفمندی و پیشرفت، و ارزیابی حرکت به سوی هدف؛
۷. آموزش مهارت مقابله با مانع‌ها و حل مسئله (اینکه در صورت نیاز، هدف‌ها یا گذرگاه‌ها را تغییر دهند)؛
۸. جمع‌بندی و پیشگیری از بازگشت.^۱

ضرورت تهیه یا ساخت بسته امیددرمانی اسلامی

اگرچه امیددرمانی کلاسیک بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی مؤثر است، اما برای افزایش اثربخشی امیددرمانی بایستی به فرهنگ و دین درمان‌جویان نیز توجه کرد.^۲ نگرش‌های دینی و مذهبی، در تفسیر رویدادها و چگونگی تجربه

1. Snyder C.R. (2000), Handbook of hope: Theory, measures, and applications.

2. Koenig H.G.; Youssef N.A.; Smothers Z.; Oliver J.P.; Boucher N.A.; Ames D.; et al. (2020), «Hope, religiosity and mental health in US veterans and active duty military with PTSD symptoms»; Williams V. (2017), «Exploring Religion and Spirituality in Psychological Therapy».



هیجان‌ها، نقش بسزایی دارد.^۱ پژوهش‌هایی، نقش مثبت معنویت و دین‌داری را در روان‌درمانی نشان داده‌اند.^۲ بسیاری از درمان‌جویان در ایران، مسلمانند، و از اعتقادات مذهبی جدی برخوردارند؛ از این رو، لازم است که امیددرمانی را با نگاهی دینی، بازنگری و تکمیل کرد.^۳ پژوهش‌هایی نیز نقش مثبت آموزه‌های اسلامی در نگرش‌های مثبت درمان‌جویان مسلمان، و در نتیجه، افزایش کارآمدی روان‌درمانی را نشان داده‌اند.^۴ همچنین پژوهش‌هایی تأثیر معنادار معنویت و درمان‌های آمیخته به معنویت بر افزایش امید، شادکامی و کیفیت زندگی را نشان داده‌اند.^۵

ایجاد ارتباط معنوی با خدای قادر متعال، به شخص این اطمینان را می‌دهد که نیرویی قوی همیشه او را حمایت می‌کند. این دسته از افراد حادثه‌ها را با تکیه بر ایمان به خدا آسان‌تر می‌گذرانند، کمتر دستخوش استرس و اضطراب می‌شوند و در نتیجه، انتظار این گروه از افراد از آینده، امیدوارانه‌تر و خوش‌بینانه‌تر است.^۶ این دسته از افراد با بُعد معنوی

1. Kim-Prieto C.; Diener E. (2009), «Religion as a source of variation in the experience of positive and negative emotions».

2. Williams V. (2017), «Exploring Religion and Spirituality in Psychological Therapy».

۳. صالحی، مبین و همکاران (۱۳۹۶)، «مدل امید بر اساس منابع اسلامی و طراحی پروتکل درمانی بر اساس آن».

4. Sabry W.M.; Vohra A. (2013), «Role of Islam in the management of psychiatric disorders».

5. Sadeghimoghaddam S.; Alavi M.; Mehrabi T.; Bankpoor-Fard A. (2019), «The effect of two methods of relaxation and prayer therapy on anxiety and hope in patients with coronary artery disease: A quasi-experimental study»; Grill K.B.; Wang J.; Cheng Y.I.; Lyon M.E. (2020), «The role of religiousness and spirituality in health-related quality of life of persons living with HIV: A latent class analysis».

۶. صالحی، مبین و همکاران (۱۳۹۶)، «مدل امید بر اساس منابع اسلامی و طراحی پروتکل درمانی بر اساس آن».



دادن به مشکل‌ها، بهتر با آن‌ها کنار می‌آیند و شادکامی بیشتری را تجربه می‌کنند. همچنین اعتقاد به حمایت و یاری خدای متعال موجب می‌شود که در ارتباط با بهبود یافتن از بیماری، امید بیشتری داشته باشند^۱ و کیفیت زندگی بهتری را تجربه کنند.

از سویی دیگر، مناجات با خدا، یاری جستن از او و احساس رابطه شخصی با وجودی برتر، سبب چشم‌انداز مثبتی در زندگی می‌شود^۲ و باعث می‌شود که افراد برای زندگی خود معنا پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند^۳؛ بنابراین بسته امیددرمانی اسلامی با توجه دادن فرد به تکیه کردن بر قدرت خدا، به‌طور معناداری شادکامی و کیفیت زندگی را بیش از امیددرمانی کلاسیک افزایش می‌دهد.

همچنین باورهای مثبت مذهبی، باعث افزایش شادکامی می‌شود^۴؛ برای نمونه، مناجات با خدا، امید در بیماران قلبی را افزایش می‌دهد^۵. زره‌پوش و همکارانش در پژوهشی نشان دادند که آموزه‌های معنوی موجب افزایش امید در زنان متأهل می‌شود^۶. همچنین پژوهش‌هایی در مبتلایان به سرطان نشان داد که باورهای دینی، همچون ایمان به خدا، بر امید مؤثر

۱. عسکری، پرویز و همکاران (۱۳۸۸)، «رابطه اعتقادات مذهبی و خوش‌بینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز».

2. Sabki Z.A.; Sa'ari C.Z.; Muhsin S.B.S.; Kheng G.L.; Sulaiman A.H.; Koenig H.G. (2019), «Islamic Integrated Cognitive Behavior Therapy: A Shari'ah-Compliant Intervention for Muslims with Depression».

3. Ahmadi M.; Zaree K.; Leily A.K.; Hoseini A.S.S. (2019), «Efficacy of a written prayer technique on the anxiety of mothers of children with cancer».

4. Cedars A.; Opotowsky A.R. (2016), «Sustaining Happiness in Adult Congenital Heart Disease».

5. Sadeghimoghaddam S.; Alavi M.; Mehrabi T.; Bankpoor-Fard A. (2019), «The effect of two methods of relaxation and prayer therapy on anxiety and hope in patients with coronary artery disease: A quasi-experimental study».

۶. زره‌پوش، اصغر و همکاران (۱۳۹۲)، «بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و امید در زنان متأهل شهر اصفهان».



هستند.^۱ پژوهش‌هایی نیز نقش امید در افزایش معنویت بیماران مزمن را نشان داده‌اند؛^۲ بنابراین به نظر می‌رسد که امید و معنویت اثربخشی تعاملی دارند و می‌توان بسته امید آمیخته به معنویت اسلامی را برای بیماری‌های مزمن ارائه کرد.

در متون اسلامی، راهکارهایی برای تقویت امید با هدف رشد معنوی و بهزیستی روانی ارائه شده، اما بایستی این راهکارها به صورت نظام‌مند و منسجم، و متناسب با نیاز مخاطب، در یک بسته آموزشی تدوین شود. همچنین نیاز است که از دستاوردهای دانش روان‌شناسی مثبت‌گرا و پژوهش‌های سازه امید در ساخت این بسته استفاده شود.

انتظار می‌رود که بسته امیددرمانی با رویکرد اسلامی - که مبتنی بر پژوهش‌های نظری و بالینی تدوین شده - بیش از امیددرمانی کلاسیک مؤثر باشد. همچنین انتظار می‌رود که بسته امیددرمانی اسلامی موجب شود که فرد هدف‌هایی را در حیطه‌های گوناگون زندگی خود برای نزدیک شدن به خدا در نظر بگیرد، برای یافتن مسیرهای مناسب تلاش کند، در برابر مشکل‌ها و مانع‌ها به آسانی تسلیم نشود، و تلاش و پشتکار بیشتری داشته باشد تا در نهایت، نشاط درونی، موفقیت بیرونی و رشد معنوی بیشتری را تجربه کند؛ به‌ویژه در بیماران مزمن، انتظار می‌رود که ارائه بسته امیددرمانی با رویکرد اسلامی موجب نشاط و آرامش درونی، موفقیت در رعایت رژیم غذایی و دارویی و نیز سبب رشد معنوی شود.

اصول کلی در اجرای بسته امیددرمانی

اصول کلی در اجرای بسته امیددرمانی به شرح ذیل است:

۱. اسلام، نگرش و جهان‌بینی ایجاد می‌کند و با تقویت «احساس

۱. پورغزین، طیب و همکاران (۱۳۸۲)، «منابع امیدبخش و سطح امید در مبتلایان به سرطان».
2. Barton K.S.; Tate T.; Lau N.; Taliesin K.B.; Waldman E.D.; Rosenberg A.R. (2018), «I'm not a spiritual person: How hope might facilitate conversations about spirituality among teens and young adults with cancer».



معنا، هدفمندی و ارزیابی مثبت ثانویه معنوی»، احساس‌های مثبت فرد را تقویت می‌کند و موجب آرامش، نشاط و افزایش انگیزش در فرد می‌شود؛ از این رو، چهارچوب حاکم بر فنون، بیشتر شناختی و رفتاری است؛ فنون شناختی، نگرش‌های معنوی اسلامی را تقویت می‌کند و فنون رفتاری، مهارت‌ها را تقویت می‌کند. مهم‌ترین تأثیر اسلام بر سازه‌های مثبت معنوی، مانند امید، تأثیر بر معنای زندگی و تقویت احساس معنا است.

۲. سازه‌های معنوی دیرپاب هستند، اما اثربخشی عمیق‌تری بر بُعدهای معنوی و روان‌شناختی دارند؛ بنابراین نباید با هدف دستیابی زود هنگام به بهزیستی روانی، و نشاط و آرامش، از ایجاد نگرش‌های معنوی و تلاش برای تقویت آن‌ها غفلت کرد.

۳. باید به مناسک عبادی و تلاش‌های معنوی دینی نیز توجه شود؛ مانند خواندن قرآن، خواندن مناجات شعبانیه، خواندن زیارت عاشورا، خواندن نماز جعفر طیار و توسل کردن به اهل بیت علیهم‌السلام. بایستی به ایجاد نگرش‌ها و احساس‌های مثبت معنوی بسنده نشود و از این فرصت برای افزایش تلاش‌های معنوی و مذهبی، و در نتیجه، رشد معنوی افراد استفاده کرد.

۴. به‌طور کلی، آموزه‌های اسلامی، «احساس نیاز به خدا»، «توجه به خدا» و «تلاش در راه خدا» را در افراد تقویت می‌کند؛ بر این اساس، می‌بایست در کنار آموزه‌های روان‌شناختی، برای افزایش بهزیستی روانی، به مناسبت، یاد مرگ، یاد قیامت و یاد آخرت در افراد تقویت شود.

۵. با توجه به سطح معنویت و دین‌داری فرد، بُعد معنوی درمان را می‌توان به دو شکل مطرح کرد: برای گروهی که از سطح بالایی در معنویت و دین‌داری برخوردارند، هدف زندگی، جلسه دوم مطرح می‌شود، و همه هدف‌ها در حیطه‌های دیگر زندگی، در راستای آن طرح می‌شود، و برای گروهی که از سطح پایینی در معنویت و دین‌داری برخوردارند، حیطه معنوی، یکی از حیطه‌های زندگی است و همان‌طور که در حیطه‌های



دیگر هدف‌گذاری می‌شود، در حیطه معنوی نیز بایستی هدف‌گذاری و تلاش شود. باید توجه داشت که اگر معنویت بسته آموزشی، متناسب با سطح معنویت مخاطب تنظیم شود، رابطه درمانی به خوبی شکل می‌گیرد. هدف اصلی در سازه‌های مثبت معنوی روان‌شناختی، مانند امید با رویکرد اسلامی، آن است که بهزیستی معنوی و روان‌شناختی فرد، تقویت شود؛ بنابراین بسته به سطح افراد، بسته آموزشی اجرا می‌شود تا او یک گام به جلو هدایت شود. اگر سطح معنویت بسته آموزشی با سطح معنویت مخاطب فاصله داشته باشد، مخاطب با بسته رابطه برقرار نمی‌کند.

۶. برای تقویت باور و نگرش به هدف زندگی، به موعظه و یادآوری نیاز است؛ از این رو، در ابتدای هر جلسه، ۵ دقیقه هدف زندگی یادآوری می‌شود و یک آیه قرآن مرتبط با هدف زندگی خوانده می‌شود.

۷. درمانگر بایستی در کنار تجربه‌های مثبت، تجربه‌های منفی فرد را نیز بپذیرد و آن‌ها را انکار یا سرکوب نکند، بلکه آن‌ها را تبیین کند. همچنین به فرد کمک کند تا از مانع‌ها عبور کند و راهکارهای جدیدی را بیابد.

۸. امیددرمانی اسلامی، یک برنامه درمانی رهنمودی است، اما قالب حاکم بر فنون، شناختی-رفتاری است؛ از این رو، روش سقراطی در آن پررنگ بوده، درمانگر به کمک آن تلاش می‌کند تا مطلب‌هایی را از فرد بپرسد و او را به سوی هدف‌های درمان هدایت کند؛ بنابراین در همه فنون، سه اصل حاکم بر روش شناختی-رفتاری، یعنی «سقراطی بودن»، «اکتشاف هدایت شده» (خود فرد منبع‌ها و جواب‌ها را کشف کند) و «تجربه‌گرایی مشارکتی (عینی و ملموس بودن)» رعایت می‌شود.

۹. میان مرحله‌ها، پیوستگی وجود دارد؛ هر مرحله، مقدمه‌ای برای مرحله پس از آن است و زمینه‌سازی می‌کند؛ از این رو، باید هر مرحله به گونه‌ای پایان یابد که فرد را برای مرحله پس از آن مشتاق کند؛ بنابراین بایستی تکلیف‌های جلسه پیشین - که در ابتدای جلسه جدید بررسی می‌شود - مقدمه‌ای برای مطلب‌های جلسه پیش رو باشد.



۱۰. رابطه درمانی سه بُعد دارد: «تخصص»، «همدلی» و «اقتدار»؛ یعنی باید فرد احساس کند که با یک متخصص صحبت می‌کند؛ متخصصی که مسئله یا مشکل و راه‌حل آن را می‌داند. همچنین در رابطه درمانی، مراجع باید همدلی و حمایت درمانگر را احساس کند و به موقع اقتدار و مدیریت او را مشاهده کند. اگر رابطه درمانی به درستی شکل بگیرد، اعتماد به درمانگر و برنامه درمانی شکل می‌گیرد. همچنین بایستی توجه داشت که امید، امید می‌آورد؛ از این رو، بایستی درمانگر، سطح بالایی از امید را داشته، آن را در خودش درونی کند و برای مراجع الگو باشد. نکته اساسی این است که نشاط و امید درمانگر، به مخاطبان منتقل می‌شود. ۱۱. پیش از شروع درمان گروهی، بایستی افراد در جلسه‌های فردی، مصاحبه تشخیصی داشته باشند. اگر فرد به مشکل‌هایی مانند اختلال شخصیت، اسکیزوفرنی، افسردگی یا اضطراب شدید دچار باشد، نمی‌تواند با دیگران تعامل مناسبی داشته، به گروه وارد شود، و بایستی در جلسه درمان فردی قرار بگیرد. همچنین افرادی که در یک گروه قرار می‌گیرند، باید تا اندازه‌ای همگن باشند؛ به این دلیل که اگر فردی حالش خیلی خوب باشد، این حالت او، حال دیگر افراد را بد می‌کند؛ بنابراین او نیز نمی‌تواند به گروه وارد شود. تا جای ممکن، بایستی در گروه، افراد به یک نوع مشکل دچار، و در یک سطح باشند.

۱۲. روشن است که جلسه‌های درمان گروهی بایستی به صورت مشارکتی برگزار شود. همچنین محتوای جلسه‌ها می‌بایست متناسب با نیاز مخاطبان، شخصی‌سازی شود؛ بنابراین در این برنامه درمانی، خطوط کلی ارائه شده و در صورتی که درمانگر از ۷۰ درصد این برنامه درمانی پیروی کند، قابل قبول است. باید توجه داشت که ممکن است برخی از مطلب‌ها، با سطح مخاطبان متناسب نباشد که در این صورت، درمانگر می‌تواند به تشخیص خود آن‌ها را حذف کند. زمان هر جلسه در ۹۰ دقیقه تنظیم شده است که به فراخور می‌تواند کمتر یا بیشتر شود، اما نباید از ۱۲۰ دقیقه بیشتر شود؛ چراکه



جلسه‌های طولانی موجب خستگی درمان‌جو می‌شود.

۱۳. در هر جلسه باید به انگیزش مراجع توجه شود و لازم است که درمانگر پیشرفت افراد را بررسی کند و به افراد بازخورد مثبت بدهد؛ برای نمونه، پس از مرور تمرین‌ها یا تکلیف‌ها، برای ارائه بازخوردهای مثبت، زمان مناسبی است. به‌طورکلی، درمانگر باید پیوسته به تلاش فرد توجه کند و آنان را تشویق کند.^۱ اگر افراد قسمتی از تکلیف را انجام داده بودند، آن را برجسته کند؛ می‌توان به مراجع گفت: «همین قدر که پیش رفته‌اید و با تکلیف درگیر شده‌اید، خوب است؛ آن را تکمیل کنید و ادامه بدهید».

اگر افراد تکلیف‌های خانگی را انجام نداده بودند، نباید توبیخ و بازخواست بشوند، اما به آنان گفته می‌شود که درمانگر نمی‌تواند با معجزه مسئله یا مشکل مراجع را حل کند، بلکه او مهارت‌هایی دارد که در صورت همکاری مراجع، آن مهارت‌ها برای فرد مؤثر خواهد بود، و سبب می‌شود که مسئله یا مشکل او حل شود. همچنین باید برای مخاطب روشن شود که دانش و مهارت با هم متفاوتند؛ با این توضیح که ممکن است مخاطب مطلب‌های ارائه‌شده از سوی درمانگر را بداند، اما از مهارت لازم برخوردار نباشد؛ چراکه مهارت یعنی آنچه را که فرد می‌داند، در زمان و شرایط مناسب و نیز به شکل مناسب انجام دهد؛ مهم‌تر اینکه، مهارت به تمرین نیاز دارد. همچنین باید برای مراجع روشن شود که مطلب‌های ارائه‌شده در جلسه درمانی، در کتاب‌ها یا فضاها مجازی نیز وجود دارد، اما با این تفاوت که در این جلسه‌ها، در کنار ارائه مطلب‌ها، درمانگر با فرد همدلی و همراهی دارد، گام‌به‌گام به نکته‌های ریز توجه می‌کند و به مراجع آموزش می‌دهد که چگونه در هنگام رویارویی با مانع‌ها، از آن‌ها عبور کند؛ بنابراین رسیدن به این نتیجه‌های مطلوب، به همراهی مراجع و انجام مطلوب تمرین‌ها و تکلیف‌ها از سوی او بسیار نیازمند است.

۱. مگیار موئه، جینا ال. (۱۳۹۱)، *فنون روان‌شناسی مثبت‌گرا*، ص ۱۰۵.



در نهایت، اگر طی چند جلسه، مراجعان تکلیفشان را انجام ندادند، به آنان اعلام می‌شود که توقع درمانگر این است که مراجعان در انجام تکلیف‌ها جدی باشند و حتی با ایشان یک قرارداد رفتاری به شکل ذیل تنظیم می‌شود:

اینجانب متعهد می‌شوم که تکلیف‌های هر جلسه را انجام دهم و در غیر این صورت، این جریمه‌ها را انجام می‌دهم:

۱.

۲.

۳.

باید توجه داشت که جریمه‌ها بایستی با توافق و تأیید خود شرکت‌کنندگان مشخص شود.

۱۴. در پایان هر جلسه، از شرکت‌کنندگان بازخورد گرفته می‌شود؛ به این صورت که از ایشان پرسیده می‌شود: «چه مطلب‌هایی را در این جلسه متوجه شده‌اید؟ آیا راهبردها و روش انجام تکلیف‌ها را به خوبی یاد گرفته‌اید؟»



جلسه نخست ایجاد رابطه درمانی و ارزیابی

زمان جلسه: ۹۰ دقیقه

هدف‌های جلسه:

- آشنایی شرکت‌کنندگان با درمانگر؛
- ایجاد رابطه درمانی؛
- انگیزه‌بخشی برای حضور پیوسته در دوره امید درمانی؛
- ارائه هدف‌ها و منطق درمان، و نیز تعدیل انتظارات شرکت‌کنندگان از جلسه‌های درمانی.



قطب‌نمای مسیر اخلاق و تربیت



ساختار جلسه

ردیف	عنوان	زمان (دقیقه)
۱	معرفی درمانگر و آشنایی با شرکت‌کنندگان.	۱۵
۲	راهنماها: - معرفی تخصص و تجربه‌های درمانی از سوی درمانگر؛ - ارزیابی مشکل‌های شرکت‌کنندگان، بررسی اثرها و پیامدهای آن‌ها و نیز همدلی با شرکت‌کنندگان؛ - تبیین ارتباط مشکل‌های فرد با نبود مؤلفه‌های امید؛ - ارائه چرخه ناامیدی؛ - ارائه سازه امید و مؤلفه‌های آن؛ - تبیین تأثیر امیددرمانی بر نگرش و مهارت‌ها، و نیز تقویت احساس نیاز در شرکت‌کنندگان؛ - ارائه منطق درمان؛ - ارائه ساختار جلسه‌ها؛ - توضیح تعهدهای دوطرف؛ - تعدیل انتظارات شرکت‌کنندگان از جلسه‌های درمانی.	۵۰
۳	ارائه و انجام تمرین در جلسه درمانی.	۱۰
۴	جمع‌بندی مطلب‌ها و ارائه تکلیف و کار در خانه.	۱۰
۵	بازخوردگیری.	۵
	مجموع	۹۰

شرح جلسه نخست

تعیین و توجیه هدف‌ها

آشنایی شرکت‌کنندگان با تخصص درمانگر، موجب اعتماد آنان به درمانگر می‌شود. بیان مشکل‌ها و بررسی اثرها و پیامدهای آن‌ها تا اندازه‌ای موجب تخلیه هیجانی شرکت‌کنندگان و نیز بروز همدلی از سوی درمانگر می‌شود. برقراری رابطه درمانی در چند جلسه نخست، موجب ایجاد انگیزه در فرد برای ادامه کار می‌شود. احساس مورد توجه بودن باعث می‌شود که فرد برای ایجاد تغییرهای مورد نظر، انگیزه بیشتری پیدا کند.^۱ تقویت احساس نیاز در فرد، موجب انگیزش او برای شرکت فعال در جلسه‌های درمانی می‌شود. ارائه هدف و منطق درمان، سبب افزایش بینش فرد در مورد مرحله‌های درمان و همچنین سبب همکاری بهتر از سوی او می‌شود.

تعدیل انتظارات افراد از دوره، موجب احساس پیشرفت (در ضمن دوره) و نیز احساس رضایت در آنان (در پایان دوره) می‌شود.

راہبردهای هر هدف

هدف نخست: آشنایی شرکت‌کنندگان با درمانگر

راہبردها:

الف - معرفی درمانگر و آشنایی با شرکت‌کنندگان؛

ب - معرفی تخصص و تجربه‌های درمانی درمانگر.

توضیح و تبیین

الف - معرفی درمانگر و آشنایی با شرکت‌کنندگان؛

ب - معرفی تخصص و تجربه‌های درمانی درمانگر.

درمانگر پس از سلام، خوشامدگویی و معرفی خود، از شرکت‌کنندگان

۱. مگیار موئه، جینا ال. (۱۳۹۱)، فنون روان‌شناسی مثبت‌گرا.



دعوت می‌کند که خودشان را معرفی کنند؛ سپس درمانگر درباره تخصص و تجربه‌های درمانی خود و نیز درباره این مطلب که می‌خواهد به شرکت‌کنندگان کمک کند تا امید بیشتری را در زندگی تجربه کنند، صحبت می‌کند.

هدف دوم: ایجاد رابطه درمانی

راهنماها:

- الف - ارزیابی مشکل‌های شرکت‌کنندگان، بررسی اثرها و پیامدهای آن‌ها و نیز همدلی با شرکت‌کنندگان؛
- ب - تبیین ارتباط مشکل‌های فرد با نبود مؤلفه‌های امید.

توضیح و تبیین

الف - ارزیابی مشکل‌های شرکت‌کنندگان، بررسی اثرها و پیامدهای آن‌ها و نیز همدلی با شرکت‌کنندگان

نخست باید از شرکت‌کنندگان درباره مشکل‌هایشان و اثرها و پیامدهای آن‌ها بر زندگی‌شان پرسیده شود. برای انگیزه‌دهی به شرکت‌کنندگان لازم است که گفتگوی مشارکتی شکل بگیرد و خوب است که درمانگر با توجه به تجربه‌ای که دارد، چند مورد از مشکل‌های معمول را بیان کند تا شرکت‌کنندگان همراهی کنند و مشکل‌هایشان را بیان کنند. البته طبیعی است که شرکت‌کنندگان در جلسه نخست با سختی صحبت کنند و نتوانند به راحتی از مشکل‌هایشان بگویند. در ادامه مناسب است که با این پرسش که «دوست دارید چه تغییرهایی در زندگی‌تان ایجاد شود؟»، یک گفتگوی مشارکتی شکل بگیرد.

طرح این پرسش به درمانگر این امکان را می‌دهد که نقطه مطلوب و نیز انتظارات افراد را ارزیابی کند. همچنین درمانگر با این پرسش، از وضعیت موجود و مشکل‌های آن‌ها باخبر می‌شود؛ بنابراین لازم است که مشکل‌های شرکت‌کنندگان فهرست شده، با آنان همدلی صورت بگیرد.

ب- تبیین ارتباط مشکل‌های فرد با نبود مؤلفه‌های امید مناسب است برای تبیین این ارتباط، چنین پرسشی به بحث گذاشته شود که «چرا تاکنون تلاش‌های فرد برای دستیابی به هدف‌هایش، موفقیت‌آمیز نبوده است؟»

بر این اساس، مشاور با توجه به چرخه ناامیدی و مؤلفه‌های امید، این نبود موفقیت را مفهوم‌سازی می‌کند. توضیح‌های لازم در این باره، در ادامه و در ذیل هدف سوم خواهد آمد.

هدف سوم: انگیزه‌بخشی برای حضور پیوسته در دوره امیددرمانی

راهبردها:
الف- ارزیابی مشکل‌های شرکت‌کنندگان، بررسی اثرها و پیامدهای آن‌ها و نیز همدلی با شرکت‌کنندگان؛
ب- تبیین ارتباط مشکل‌های فرد با نبود مؤلفه‌های امید.

توضیح و تبیین

الف- ارائه چرخه ناامیدی

به‌منظور جمع‌بندی مشکل‌های فرد، چرخه ناامیدی تبیین می‌شود تا آشکار شود که آنچه باعث ناراحتی می‌شود، ناامیدی و تداوم آن است. در ادامه، نخست، چرخه ناامیدی، و سپس، سازه امید تبیین می‌شود.

چرخه ناامیدی

در یک عبارت کوتاه، سازوکار روان‌شناختی ناامیدی در رویارویی با بیماری مزمن، عبارت است از: احساس کنترل نداشتن در مورد بیماری و پیامدهای آن، به‌همراه تعمیم‌دهی بیش از اندازه آن، و در نتیجه، غفلت از امکانات و توانمندی‌های خویش. در مقابل، سازه امید، احساس کنترل را تقویت کرده، فرد را توانمند می‌سازد تا از امکانات و توانمندی‌هایش استفاده کند. چرخه ناامیدی در رویارویی با بیماری مزمن، در نمودار ۱ آمده است.